

MARKER KOMMUNE

Handlingsplan for psykisk helse

2013-2016



Innhold

1.	Innledning	3
1.1.	Planprosessen	3
1.2.	Bakgrunn for det psykiske helsearbeidet i Marker	3
1.3.	Nasjonale føringer for kommunens ansvar for rus – og psykisk helsearbeid	3
1.4.	Handlingsplanen for psykisk helse /Marker kommune	4
1.5.	Samhandling, ansvar og oppgavefordeling	4
1.5.1.	Samarbeidsinstanser:.....	4
1.5.2.	Samarbeid med spesialisthelsetjenesten/øvrigt ikke kommunale samarbeidsinstanser	4
2.	lover, forskrifter, planer og veiledere	5
3.	Psykisk helse	6
3.1.	Forekomst av psykiske lidelser og plager	7
3.2.	Sykdomsdefinisjoner	7
3.2.1.	Psykoselidelser.....	7
3.3.	Selv mord	8
3.4.	Forskjeller mellom kvinner og menn	8
3.5.	Forskjeller i ulike aldersgrupper.....	9
3.6.	Sosiale ulikheter	9
3.7.	Psykiske lidelser hos mennesker med psykisk utviklingshemming	9
3.8.	Unge uføretrygdete.....	10
3.9.	Endringer over tid i befolkningen.....	10
4.	Psykiske lidelser og psykiske plager hos barn og unge	10
4.1.	Forekomst av psykiske lidelser og plager hos barn og unge	10
4.2.	Kjønns- og aldersforskjeller	11
4.3.	Oppvekstmiljø	11
4.3.1.	Viktig å forebygge tidlig	12
5.	Psykiske lidelser/ psykiske plager, rus og psykososiale problemer hos voksne over 18 år i Marker	12
6.	Psykiske lidelser/ psykiske plager, rus og psykososiale problemer hos barn og unge under 18 år i Marker ..	13
7.	Tjenestetilbudet i Marker kommune	13
7.1.	Psykisk helsetjeneste i Marker	13
7.1.1	Individuell plan	14
7.1.2	LAR	14
7.1.3	ROP lidelser	14
7.2.	Kriseteam	14
7.3.	Tiltaksplan innen psykisk helse og eller / rus	15
7.3.1.	Utvikle, koordinere, iverksette og evaluere tjenestetilbudet	15
7.3.2	Dagsenteret og Fellesskapet.....	15
7.3.3.	Brukermedvirkning	15
7.3.4.	Forebyggende tiltak innen psykisk helse og / eller rus.	16
7.3.5.	Personell, kompetanse og kompetanseutvikling.	16
7.3.6.	Sysselsetting / arbeid /dagaktivitet.....	16
8.	Handlingsplan for psykisk helse barn og unge	17
8.1.	Barn og unge som pårørende.....	17
8.2.	Psykisk helsetjeneste barn/unge, unge voksne, foresatte og familier.	17
8.3.	Barneverntjenesten.	17
8.4.	Helsestasjonsvirksomheten og skolehelsetjenesten ifm psykisk helse.	18
8.5.	Tverrfaglig samarbeid	18
8.5.1.	Videreføring av forebyggende arbeid barn og unge.....	18
8.5.2.	Forebyggende tiltak barn og unge.....	18

1. Innledning

1.1. Planprosessen

Revidering av tidligere plan påstartet april 2013 – avsluttet januar 2014

Marit Solerød	Leder psykisk helse
Björg Olsson	Virksomhetsleder familie og helse
Barbro Kvaal	Kommuneoverlege

1.2. Bakgrunn for det psykiske helsearbeidet i Marker

Det har skjedd store forandringer internasjonalt og nasjonalt innen psykisk helsearbeid de siste 25 – 30 årene. Ett av målene til WHO (Verdens Helseorganisasjon) er å bygge ned tabuer slik at problemene kan anerkjennes og behandles på linje med andre helseproblemer. Grunnlagsdokumenter:

- St. meld. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet
- St. prp. Nr. 63 (1997-98) Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2009
- grunnlaget for det psykiske helsevernet og det psykiske helsearbeidet

I perioden 1998-dd har det utviklet seg et tverrfaglig arbeid innen psykisk helse og rus med samarbeid med forskjellige instanser i kommunen og med spesialisthelsetjenesten. Det er et økende antall henvisninger, både barn/unge og voksne med sammensatte hjelpebehov.

1.3. Nasjonale føringer for kommunens ansvar for rus – og psykisk helsearbeid

Ruslidelser og psykiske lidelser påvirker hverandre gjensidig og krever spesiell oppmerksomhet. Mennesker med samtidige rus- og psykiske lidelser (ROP- lidelser) har mulighet til bedring av både symptomer og livskvalitet dersom begge lidelsene utredes og behandles på en koordinert måte.

For å fremme bedring og livskvalitet hos mennesker med ROP- lidelser inneholder retningslinjene anbefalinger om kartlegging, behandling og oppfølging til alle tjenesteytere som kommer i kontakt med gruppen. Den har også et kapittel om roller og ansvar som gjør det enklere å vite hvem som skal gjøre hva.

- Nasjonale faglige retningslinjer for ROP- lidelser. IS – 1948.
- Forutsetningen for sammenhengende psykisk helsetjeneste mellom kommune – og spesialisthelsetjeneste er i gitt fra Sosial - og helsedirektoratet IS – 1388.(Ny veileder for DPS er under utarbeiding).

Retningslinjene angir at kommunens ansvar blant annet omfatter:

- Kartlegging av funksjonsnivå og vurdering av behov for tjenester herunder praktisk bistand og opplæring for å mestre boforhold, personlig økonomi og personlig hygiene.
- Ruskartlegging og psykososial oppfølging.
- Forebyggende helsetjenester, nødvendig helsehjelp (behandling av sykdom, medisinsk og psykososial habilitering og rehabilitering, pleie og omsorg).
- Fremskaffing av bolig og oppfølging i bolig.
- Sosial eller arbeidsrettet aktivisering.
- Arbeid med individuell plan.
- Generell oppfølging og veiledning.

- Henvisning til behandling.

1.4. Handlingsplanen for psykisk helse /Marker kommune

Handlingsplanen gjelder for perioden 2013 – 2016; samme planperiode som for økonomiplanen.

Handlingsplanen for psykisk helse Marker kommune 2013 – 2016 viser:

- Målrettet innsats
- Nødvendig kvalitetsarbeid lokalt
- Brukermedvirkning og brukerkompetanse
- Samhandlingen kommunen og spesialisthelsetjenesten
- Tjenestene / tiltakene i det psykiske - rus helsearbeidet i kommunen

Mange med psykisk lidelser har også ruslidelser, såkalte ROP – lidelser som krever sammensatte tjenester og samtidig behandling.

1.5. Samhandling, ansvar og oppgavefordeling

1.5.1. Samarbeidsinstanser:

- Fastleger
- Legevakt (Interkommunal)
- Barnevern
- Helsestasjon
- Skoler/barnehager
- NAV
- Omsorg
- Kultur
- Tekniske tjenester
- Frivillige lag og foreninger
- Forskjellige arbeidsmarkedstiltak

1.5.2. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten/øvrige ikke kommunale samarbeidsinstanser

Se www.sykehusetostfold.no for oversikt over avdelinger, tjenestetilbud og kontaktmuligheter med adresser og telefonnumre.

Sentraliserte sykehusfunksjoner:

- Indre Østfold Distriktpsykiatriske senter (IØDPS) er på Edwin Ruuds Hospital på Mysen. IØDPS består av døgnavdelinger og poliklinikk.
- Rus med døgnklinikker / døgnavdelinger / poliklinikker
Ruspoliklinikkene, kalt Sosialmedisinspoliklinikk (SMP) har hovedansvaret for mennesker med vedvarende rusavhengighet som primærlidelse og er en viktig samarbeidspartner for DPS. I Indre Østfold er SMP lokalisert i Askim.
- For barn, unge og familier har Sykehuset Østfold sine døgnklinikker, døgnavdelinger og poliklinikker. Barneungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUPP) i Indre Østfold (IØ) er i Askim.

Retten til fritt sykehusvalg gjelder også psykisk helsevern og tverrfaglig spesifisert behandling for rusmiddelmissbruk. Retten til fritt sykehusvalg omfatter ikke innleggelse/henvendelser ved øyeblikkelig hjelp.

Nytt Østfold sykehus geografisk plassert på Kalnes er planlagt ferdigstilt 2015 – 2016. Divisjon psykiatri flyttes til det nye sykehuset på Kalnes.

Nedbyggingen av de psykiatriske institusjonene og overgangen til desentralisert behandling og omsorg skal for brukerne føre til nærhet og tilgjengelighet i tjenestene. Den spesialiserte behandlingen utføres mer og mer poliklinisk og økt antall tjenester må gis fra kommunen.

Samhandlingsreformens intensjoner omfatter også psykiatri.

Dette krever bl.a. nye samarbeidsmodeller mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen: Pr i dag finnes følgende samarbeidsformer:

- Ambulant akutteam (AA). AA for IØ er på dagtid plassert på IØDPS og på kveldstid Sykehuset Østfold. Psykiatrisk avdeling, Veum. I samarbeid med kommunens fagfolk kan teamene gi råd og veiledning over telefon, og evt. dra hjem til bruker.
- Psykose ambulant team (PA) for psykisk helse.
- Assertiv Community Treatment (ACT) som betyr Aktivt oppsøkende behandlingsteam. Behandlingen fra spesialisthelsetjenesten skjer der brukeren befinner seg, i hjemmet og i tett samarbeid med kommunen. I IØ er ACT et prosjekt og Marker kommune deltar foreløpig ut 2013. Marker kommune har i des 2013 tre brukere med i ACT prosjektet.

Andre ikke-kommunale samarbeidsinstanser:

- Familievernkontorene i Askim og Moss betjener blant annet kommunene i IØ. Denne enheten er ikke underlagt Lov om psykisk helsevern.
- Politiet. Politiet kommer i sin tjeneste i kontakt med de som har et psykisk helseproblem og/eller rusproblem. Politiet bistår også helsepersonalet i enkeltsaker og kontakter.
- Kriminalomsorgen og helsetjenesten i fengsel samarbeider med kommunen rundt felles brukere.

2. Lover, forskrifter, planer og veiledere

Lover og forskrifter er generelle og gjelder for alle. Det er det enkelte menneskets behov som er styrende for tilbud og tjenester, og lovene skal sikre grunnleggende rettigheter.

De viktigste lovene:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester 2011
- Lov om Folkehelsearbeid 2011
- Lov om spesialisthelsetjeneste mm 1999
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern 1999
- Lov om helsepersonell 1999
- Lov om pasient- og brukerrettigheter 1999
- Lov om sosiale tjenester i arbeids – og velferdsforvaltningen 2009.
- Lov om barneverntjenester 1992

- Lov om barn og foreldre (Barnelova)1981
- Lov om kommuner og fylkeskommuner (Kommuneloven) 1992

Taushetsplikt, opplysningsrett, dokumentasjonsplikt, brukermedvirkning og saksbehandling er hjemlet i angitte lover.

De viktigste forskriftene:

- Forskrift om fastlegeordning i kommunene 2012
- Forskrift om internkontroll i sosial-og helsetjenesten 2002

Sentralt planverk:

- Samhandlingsreformen iverksatt 1. januar 2012
- Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-15
- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av mennesker med psykose/idelser 2013; IS-1957
- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern 2008; IS-1511
- Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten 2009; IS-1561
- Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet 2011; IS-1701

Planer i Marker kommune:

- Økonomiplan 2013-2016
- Folkehelseplan sist vedtatt 2013
- Oppvekstplan for barn og unge 2011-2015
- Plan for helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten
- Ruspolitisk handlingsplan 2012-15
- Rehabiliteringsplan vedtatt 2013
- Boligsosialhandlingsplan

Veiledere:

- Veileder - Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (kortversjon):2006; IS – 1351 eller 2005; IS-1332. Helsedirektoratet planlegger ny.
- Veileder for utlevering av substitusjonslegemiddel i og utenfor LAR (legemiddelassistert rehabilitering)IS-2022
- Veileder om ivaretagelse av etterlatte etter selvmord, 2011; IS-1898
- Veileder - Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene, 2009; IS -1405
- Veileder - Fra bekymring til handling 2009; IS- 174

3. Psykisk helse

De fleste mennesker vil oppleve ulik grad av psykiske plager i løpet av livet. Alle har likevel betydelige ressurser som den enkelte kan bruke i sin egen mestring og overfor samfunnet for øvrig.

Slik begrepet “ **Psykisk helse** “ blir brukt i handlingsplanen forstås det blant annet som:
At mennesket forstår, mestrer og finner en mening i tilværelsen.

Å finne mening betyr å finne/oppleve verdier. Det som betyr noe for mennesket forstås som verdier:

- Svikt eller mangler innen psykisk helse kan gi psykiske lidelser og psykiske plager og/eller psykososiale problemer.
- Mangel på opplevelse av mening / opplevelse av verdier kan være årsaker til rusproblemer. Rusproblemer kan bidra til psykiske lidelser og psykiske plager og / eller psykososiale problemer.

3.1. Forekomst av psykiske lidelser og plager

Det er vanlig å skille mellom psykiske lidelser og psykiske plager.

Den enkelte kan oppleve plager som belastende, men de er ikke nødvendigvis så alvorlige at de regnes for psykiske lidelser. En person har en psykisk lidelse når tilstanden tilfredsstillende kriteriene til en diagnose.

Man regner med at ca 30-50 % av befolkningen kan få psykiske lidelser i løpet av livet, men 10-30% vil ha hatt en psykisk lidelse i løpet av det siste året.

Felles for de psykiske lidelsene er at de påvirker tanker, følelser, adferd og sosiale relasjoner.

3.2. Sykdomsdefinisjoner

Betegnelsen psykiske lidelser brukes bare når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt. Psykiske plager og lidelser omfatter alt fra enkle fobier og lettere angst og depresjonslidelser, til omfattende og alvorlige tilstander som schizofreni. Hyppige og/eller kostbare lidelser i form av tapt helse er beskrevet:

- [Angstlidelser](#)
- [Bipolare lidelser](#)
- [Depresjon](#)
- [Misbruk og avhengighet](#)
- [Personlighetsforstyrrelser](#)
- [Schizofreni](#)

Lenke/referanse <http://www.fhi.no/artikler/www.fhi.no/artikler>

Stikkord: [Psykiske lidelser](#).

3.2.1. Psykoselidelser

Psykoselidelser er et samlebegrep for en rekke alvorlige psykiske lidelser. Begrepet Psykose betyr unormal tilstand av sinnet og kan beskrives som ”tap av kontakt med virkeligheten”.

En rekke tilstander kan gi psykose; både fysisk og psykisk sykdom, rus og forgiftninger.

En psykotisk episode kan kjennetegnes ved:

- Endret væremåte – tilbaketrekking både følelsesmessig og sosialt
- Vrangforestillinger – meninger og ideer som andre synes er rare, bli mistenksom
- Sansemessige forandringer – har opplevelser som andre ikke har, hører stemmer med mer
- Tankemessige forstyrrelser - opplevelse av tankekjør, tankekaos, konsentrasjonsproblemer

Tidlig oppdagelse og systematisk behandling er viktig.

Ofte, men ikke alltid, medfører psykiske lidelser høyere belastning enn psykiske plager. Psykiske lidelser registreres av erfarne klinikere og/eller ved hjelp av et strukturert klinisk intervju, der man forsøker å avgjøre så sikkert som mulig om de ulike diagnosekriteriene er oppfylt.

- En del misbrukere og antakelig noen alkoholavhengige oppfattes hverken av seg selv eller andre som psykisk syke, men tvert imot som ganske velfungerende.
- Gruppen ”spesifikke fobier” omfatter 6-7 prosent av befolkningen. Dette kan oppleves som svært ubehagelig for dem som stadig møter det de er redde for, men ikke for dem som sjelden blir konfrontert med det de er redde for. Uansett vil mange med slike fobier ikke oppfattes som psykisk syke, selv om de kan føle seg plaget.
- Et annet eksempel er mennesker som i en kortere periode har vært deprimerte, uten å være alvorlig syke. Slike lettere depresjoner betegnes av og til som ”psykiatriens forkjølelse” og går gjerne over av seg selv.

3.3. Selvmord

Det kreves kartlegging og oppfølging når det foreligger tanker og planer om selvmordsforsøk. Selvmordsrisikoen er høyere blant mennesker med psykiske lidelser enn i befolkningen forøvrig, men psykiske lidelser er sjelden alene årsaken til selvmord. Selvmord forekommer også uten at personen det gjelder har en alvorlig psykisk lidelse. Hvert år registreres det i gjennomsnitt 530 selvmord i Norge. Rundt 150 kvinner og i underkant av 400 menn tar livet sitt hvert år. Det er vanlig å anta at det er 10 ganger flere selvmordsforsøk enn selvmord. Ca. tre ganger flere kvinner enn menn gjør selvmordsforsøk.

Rundt 60 prosent av alle selvmord skjer i aldersgruppene under 50 år, og selvmord medfører derfor mange tapte leveår i befolkningen. Selvmord blant barn under 15 år er ytterst sjeldent.

Et ukjent antall selvmord er skjult som ulykker.

- Ved schizofreni er risikoen for selvmord høyest i tidlig fase av sykdommen eller langt ut i sykdomsforløpet.
- Andre psykiske lidelser som borderline personlighetsforstyrrelse og alkoholmisbruk er forbundet med økt selvmordsfare.
- Forhøyet selvmordsrisiko finnes også ved bipolar affektiv lidelse (tidligere kalt manisk-depressiv lidelse), spesielt i kombinasjon med rus.
- Selvmordsrisikoen er også økt ved enkelte kroppslige sykdommer.
- Foruten faktorer som er nevnt ovenfor, kan en rekke andre forhold for eksempel negative livshendelser ha betydning.

Etterlatte ved selvmord får ofte økte belastninger i både psykisk og fysisk helse og kan føle seg oftere ensomme og isolerte enn etterlatte ved annen brå død (f. eks. ulykker).

Folkehelseinstituttet følger utviklingen av selvmord nøye, og Avdeling for selvmordsforskning ved Divisjon for psykisk helse har flere forskningsprosjekter.

3.4. Forskjeller mellom kvinner og menn

Flere kvinner enn menn rammes av psykisk sykdom, men kjønnsforskjellene varierer mellom de ulike typer lidelser. Tendensene er:

- Spiseforstyrrelser er hyppigere blant kvinner.
- Det er langt høyere forekomst av angst og depresjon blant kvinner enn blant menn.

- For personlighetsforstyrrelser og schizofreni varierer resultatene noe mellom ulike undersøkelser.
- Rusrelaterte lidelser er langt vanligere blant menn enn blant kvinner.

3.5. Forskjeller i ulike aldersgrupper

Symptomer på psykiske lidelser er forskjellige på ulike alderstrinn fram mot voksen alder. Det kan hevdes at mange typer psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som rammer barn er i stor grad forskjellige fra dem som rammer voksne.

- I barndom og tidlig ungdomstid domineres symptombildet ofte av sterke følelsesmessige reaksjoner og normbrudd.
- I puberteten og i de nærmeste årene etterpå øker omfanget av angst- og depresjonssymptomer.
- Andre ”voksne” sykdommer, som schizofreni, oppstår sjelden før mot slutten av tenårene.

Et landsgjennomsnitt i 2008 viser at det ikke er så stor forskjell på forekomst av psykisk sykdom i de forskjellige aldersgruppene.

Aldersgruppe	Prosentandel
25 - 44år	10,4
45 - 64år	9,9
65 - 74år	6,1
>74år	8,7

Mer angst- og depresjon mot slutten av livet kan ha sammenheng med de endringer i livssituasjonen mange møter på denne tiden, knyttet til sykdom, forringet livskvalitet og tap av nære relasjoner.

3.6. Sosiale ulikheter

Vi oppfatter gjerne Norge som et samfunn med en forholdsvis beskjeden grad av sosial ulikhet. Likevel er det også i Norge klare sammenhenger mellom sosial status og både somatisk og psykisk helse.

Det er ikke enighet om årsakene til sosiale helseforskjeller. Utfordringer i oppveksten kan føre til dårlig helse – både psykisk og fysisk.

Dårlig helse kan ha negativ konsekvens for utdanning og yrkeskarriere og kan føre til redusert sosial status.

3.7. Psykiske lidelser hos mennesker med psykisk utviklingshemming

- Mennesker med utviklingshemming/autisme har en overhyppighet av psykiske lidelser.
- Andel mennesker med psykiske lidelse øker med økende grad av psykisk utviklingshemming.
- Mennesker med utviklingshemming kan utvikle alle typer psykiske vansker; psykoser, depresjoner, angstlidelser, ADHD, spiseforstyrrelser etc.
- Generelle vansker (søvn, uro, utfordrende adferd etc) øker med økende grad av utviklingshemming.

- Hos mennesker med alvorlig og dyp psykisk utviklingshemming og autisme, vil personens kommunikasjonsstil og adferdsmønster påvirke symptomer på psykisk lidelse slik at disse fremstår som uvanlige.
- Hos mennesker med alvorlig og dyp grad av psykisk utviklingshemming vil psykisk lidelse sjelden oppdages.

3.8. Unge uføretrygdete

Blant unge voksne var det i perioden 1977-2006 en betydelig økning i personer med uføreytelser.

Blant 25-29 åringer var det en tredobling av tilgangen, blant 30-39 åringer en firedobling. Psykiske lidelser var oppgitt som medisinsk årsak i halvparten av tilfellene, noe mer blant de yngre i alderen 25-29 år.

De psykiske lidelsene kan grovt deles i to kategorier.

1. Den første kategorien omfatter psykisk utviklingshemming/kromosomavvik og alvorlige utviklingsforstyrrelser. Integrering i arbeidslivet vil kreve stor innsats.
2. Den andre kategorien omfatter atferds-/personlighetsforstyrrelser, schizofreni/paranoia, depressive/angstlidelser. For denne gruppen er det ønskelig med spesiell oppfølging og samarbeid. Arbeidsrettet forløp må prøves, men ordinære arbeidsforhold kan være krevende.

Det er mange hypoteser om hvorfor det har vært en betydelig øking i antall uføretrygdete, men det er ingen gode entydige forklaringer.

3.9. Endringer over tid i befolkningen

Flere forhold kan gi inntrykk av at forekomsten av psykiske lidelser øker i befolkningen. Andelen nye uførepensjoner som er tildelt for en psykisk lidelse, har økt de siste 15 årene. Det har også vært en sterk økning i antallet som er behandlet for psykiske lidelser.

4. Psykiske lidelser og psykiske plager hos barn og unge

4.1. Forekomst av psykiske lidelser og plager hos barn og unge

Psykiske lidelser og psykiske plager fører til mistriivsel, lærevansker og funksjonsproblemer i hjem og skole.

Psykiske lidelser utvikles i et komplekst samspill mellom biologiske forutsetninger, belastninger og miljø.

Det er nødvendig i størst mulig grad å forebygge psykiske lidelser hos barn og unge med at tiltakene settes inn tidlig i barndommen, før symptomene er blitt kroniske.

Psykiske lidelser og psykiske plager er et stort helseproblem hos barn og unge i Norge i dag. Til enhver tid regner vi med at 15–20 prosent av barn mellom 3 og 18 år har nedsatt funksjon på grunn av symptomer på psykiske lidelser.

I de fleste tilfellene er likevel de psykiske symptomene forbigående.

Ca 8 prosent kan ha så alvorlige symptomer at det tilfredsstillende kravene til en psykiatrisk diagnose.

Flere av de psykiske lidelsene debuterer for alvor først etter puberteten. Dette medvirker til at forekomsten stiger med økende alder. Gutter og jenter har ofte ulike typer psykiske problemer, og barn har andre typer plager enn ungdom.

De hyppigste lidelsene hos barn og unge:

- Angst er den hyppigste psykiske lidelsen i barne- og ungdomsårene. Cirka 20 prosent får en angstlidelse i løpet av oppveksten. Noen utvikler angstlidelser allerede i tidlig førskolealder. Barnet modenhetsnivå bestemmer hvordan man skal oppfatte skillet mellom normal frykt og symptomer på en angstlidelse. En angstlidelse kjennetegnes ved at barnet viser engstelse som er atypisk for alderen, oppleves skremmende intenst og påvirker barnets funksjon hjemme, på skolen og/eller blant venner.
- Depresjon kan debutere i grunnskolealder, og forekomsten øker i ungdomsårene. Etter puberteten er depresjonssymptomer nesten like vanlig som angstsymptomer, og opptil 15–20 prosent kan få betydelige symptomer på depresjon før de fyller 18 år. Opptil fem prosent får en alvorlig depressiv lidelse i løpet av ungdomstiden.
- Atferdsforstyrrelser oppstår vanligvis tidlig i livet og vedvarer ofte gjennom barne- og ungdomsårene. Betegnelse atferdsforstyrrelser favner vidt, og omfatter til dels svært ulike typer av utagerende og normbrytende atferd som varer over tid og danner et mønster av negativ, fiendtlig og aggressiv atferd.
- Nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser er en fellesbetegnelse for lidelser som ADHD, lærevansker, autisme og autismeliknende forstyrrelser. Forstyrrelser med lavere forekomster er Tourettes syndrom og motoriske vansker uten kjent årsak.
- Spiseforstyrrelser – anoreksi, bulimi og overspisingslidelse – er mest utbredt i ungdomsårene og i ung voksen alder. Litt under én prosent utvikler en alvorlig spiseforstyrrelse.
- Psykoser og schizofreni kan debutere i tidlig skolealder, men forekomsten er lav før 13 års alder. Psykoser hos barn og unge kjennetegnes av forstyrret virkelighetsoppfatning, tilbaketrekking og symptomer som hallusinasjoner eller vrangforestillinger.

Referanse: <http://www.fhi.no/artikler/?id=84062>

4.2. Kjønn- og aldersforskjeller

Fram til 6 års alder er forekomsten av psykiske lidelser omtrent like stor hos jenter som hos gutter, men dette endrer seg i 6 års alderen. Fra 6 til 12 år utgjør gutter to tredjedeler av dem som har en psykiatrisk diagnose. Konsentrasjonsvansker, ADHD og atferdsforstyrrelser er de vanligste lidelsene.

Fra 12 års alder er to av tre med psykiske lidelser jenter. De sliter først og fremst med angst og depresjon. Kjønnforskjellene finner vi også igjen i behandlingsapparatet. To av tre som får psykiatrisk behandling i alderen under 12 år, er gutter. Etter 12 år er to av tre jenter.

4.3. Oppvekstmiljø

De fleste barn som får psykiske plager, kommer fra vanlige familier hvor det gjennomgående er få risikofaktorer. Det er imidlertid normalt for familier å ha belastninger og psykiske symptomer fra tid til annen. Dette gjør det vanskelig å forutse hvilke barn som kommer til å få plager senere i livet. Vi vet likevel at risikoen øker betraktelig når belastningen som barnet utsettes for, blir store, rammer flere områder i livet, eller varer over lang tid. Barn trenger

hjelp til å takle små og store kriser i livet.

Barn og unge har størst risiko for å utvikle psykiske lidelser i familier hvor foreldrene selv har psykiske vansker som varer over lang tid, er rusmiddelmisbrukere eller voldelige, eller hvor familien eller barna selv er kommet hit som flyktninger og har traumatiske erfaringer med krig, tortur, vold og tap av familie og venner. Det er også høy risiko hvis barna blir utstøtt fra vennegruppen, er sosialt isolerte, dårlig integrert i nabolaget og blir mobbet på skolen.

Spesielt utsatte for negativ innvirkning av vanskelige oppvekstforhold er barn som er født med en biologisk sårbarhet fordi mor har brukt alkohol, illegale rusmidler, medikamenter og/eller tobakk, eller har vært feilernært eller utsatt for miljøgifter under graviditeten. Det er likevel viktig å merke seg at totalt sett kommer de fleste barna som får psykiske symptomer, fra stabile og velfungerende familier hvor det vanligvis er få risikofaktorer som dominerer i lengre tid.

4.3.1. Viktig å forebygge tidlig

Med dagens metoder kan vi finne barna som har vansker her og nå. Imidlertid klarer vi ikke på forhånd å skille flesteparten av dem som vil få stabile vansker, fra dem som har vansker som er forbigående. Mye tyder på at det er lettere å forebygge psykiske lidelser hos barn og unge hvis tiltakene settes inn tidlig i barndommen – før symptomene er blitt kroniske. Dette betyr at vi må hjelpe barn og unge som allerede har utviklet symptomer. I tillegg bør vi bedre oppvekstmiljøet til førskolebarn som vokser opp med mange og langvarige belastninger før barna utvikler symptomer

<http://www.fhi.no/tema/barns-helse/psykiske-lidelser-hos-barn>

5. Psykiske lidelser/ psykiske plager, rus og psykososiale problemer hos voksne over 18 år i Marker

Pr 1. juli 2013 hadde Marker kommune en befolkning på 3585, hvorav ca 80 % av befolkningen er over 18 år.

Kontoret for psykisk helse i Marker har pr i dag tjenester overfor 60-70 voksne over 18 år. Ca 50 % trenger hjelp/tjenester samtidig for psykisk lidelse / plage og rus, de har såkalt ROP lidelse.

De fleste av de gjenværende har psykiske lidelser og plager av alvorlig og belastende karakter. Det er under halvparten av denne gruppen som etter en tidsperiode kan avslutte kontakten med tjenesten.

Alle nevnte lidelser i kap. 3.2. er representert hos brukerne ved Kontoret for psykisk helse.

Henvendelser til kontoret skjer direkte fra brukere og pårørende med høyt ” lidelses trykk ”. Søknader for den enkelte til spesialisthelsetjenesten utløser ikke nødvendigvis rett til nødvendig helsehjelp hos spesialisthelsetjenesten.

Henvendelser som gjelder avslag blir ofte videresendt til kontoret for psykisk helse i Marker. Henvendelser mottas fra samarbeidsinstanser både i og utenfor kommunen

Personalet ved ”Kontoret for psykisk helse” må ha nødvendig spesialkompetanse for å ivareta kommunens/ primærhelsetjenestens ansvar.

5.1. Folkehelseprofilen i Marker

Den årlige folkehelseprofilen kan gi indikasjon om at i Marker er det større forskjeller mellom Marker kommune og andre Østfold fylker og landet for øvrig.

Folkehelseprofilen for 2013 viser at Marker kommune har et høyere antall uføretrygdete i aldersgruppen 18-44 år en både Østfold fylke og landet for øvrig.

Folkehelseprofilen viser også at Marker kommune har en høyere andel med lav inntekt.

6. Psykiske lidelser/ psykiske plager, rus og psykososiale problemer hos barn og unge under 18 år i Marker

Alt arbeid med barn inkluderer samarbeid med foreldre/foresatte og andre samarbeidspartnere. Blant barn i skolealder har ca 30 behov for hjelp fra kontoret for psykisk helse, 2/3 er gutter og 1/3 jenter. Ungdomsskolegruppen er i flertall blant de som får hjelp.

Det blir også gitt hjelp på forskjellige nivåer til 5-10 barn under skolealder.

Tjenesten omfatter støttesamtaler, veiledning og avlastnings- og støttekontaktilbud.

Barn som har problemer kan ha kontakt med lege, helsesøster, PPT og BUP og kan komme utenom statistikken her.

Se kap 4 for landsomfattende tall. Markers tall stemmer omtrent med landsgjennomsnittet.

Ungdata undersøkelse vil bli gjennomført i 10 klasse ved Marker skole våren 2014.

www.ungdata.no Omfatter blant annet spørsmål om psykisk og fysisk helse og rus.

Det psykiske helsearbeidet i Marker kommune må prioritere foresatte / foreldre og barn og unge som allerede har utviklet symptomer.

7. Tjenestetilbudet i Marker kommune

Tjenestene og tilbudene til mennesker med psykiske lidelser – og / eller rus skal fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre egen hverdag / eget liv.

Fokus er brukerens opplevelse av seg selv / egen situasjon, egne ønsker / visjoner, ressurser og mestringsmuligheter.

7.1. Psykisk helsetjeneste i Marker

Det arbeides ut fra intensjonen om at brukeren og brukerens nettverk skal være i fokus; og målgruppen er barn/unge og voksne. Henvendelsene blir vurdert fortløpende og det foreligger ikke ventelister.

Kontoret for psykisk helse skal:

- Være en del av og et tilbud i tillegg til den eksisterende helse - og omsorgstjenesten.

- Være en selvstendig avdeling, være fleksibel og være basert på elementer av kontinuitet, forutsigbarhet og trygghet.
- Kunne tilby:
 - Tilsyn /terapeutiske samtaler
 - Dagaktiviteter
 - Støttekontakt - og avlastningstiltak
 - Kontaktmulighet ved spørsmål om psykisk helse/ psykiske lidelser og ROP – lidelser

7.1.1 Individuell plan

Rett / utarbeidelse av IP, bruk av koordinator, daglige og ukentlige støttesamtaler, ansvarsgrupper og koordinering av tjenester, administrering og gjennomføring av medisinerer kan virke tilsynelatende enkelt når man ser det nedskrevet. Identifiseringen og tjenesteutøvelsen er ofte meget sammensatt og det stilles mange og store krav til den enkelte ansatte.

7.1.2 LAR

Ansvar for LAR (Legemiddelassistert rehabilitering) er i hovedsak lagt til Kontoret for psykisk helse. Brukerne har ofte trippelutfordringer; utfordringer etter tidligere rus, psykiske - og fysiske helseproblemer. Hjelpen omfatter daglige og ukentlige støttesamtaler, IP (Individuell Plan), hjelp til koordinering av tjenester, følge til behandling og ansvarsgruppemøter i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Se Rusmiddelpolitisk handlingsplan 2012 – 2015. Antallet i Marker varierer over tid – ca 3-5 brukere.

7.1.3 ROP lidelser

ROP (Ruslidelser og psykiske lidelser) påvirker hverandre gjensidig og krever spesiell oppmerksomhet. Se definisjon kap 1.3.

- Innen avdelingen psykisk helse benyttes metoden Clinical Case Management (CCM) overfor den / de som har langvarige og alvorlige psykiske lidelser og ROP lidelser: Benevnt som koordinering av psykososialt arbeid (KPA).
- I kontakten med avdelingen psykisk helse har hvert enkelt barn / foreldre, den unge / voksne en primærkontakt. Primærkontakten er den som samarbeider med bruker, pårørende, andre avdelinger / spesialisthelsetjenesten.
- Brukerens behov for hjelp må kartlegges og riktig tiltak kan i verksettes.
- De ansatte ved kontoret for psykisk helse utgjør 4,2 stilling og innehar krav til kompetansen overfor målgruppene. Metoden Motiverende Intervju (MI) er anbefalt samtaleteknikk; samt bruk av Kartleggingsverktøyene AUDIT; CAGE og DUDIT:
- Se Rusmiddelpolitisk handlingsplan for Marker kommune 2012 – 2015. Kap 5 og 6 om tiltak og ansvarsområder.

7.2. Kriseteam

En tverrfaglig etablert gruppe i Marker kommune har gjennom flere år arbeidet ut fra Handlingsplan ved selvmord / selvmordsforsøk eller alvorlige kriser. Plan for kriseteam i Marker er revidert 2012.

7.3. Tiltaksplan innen psykisk helse og eller / rus.

7.3.1. Utvikle, koordinere, iverksette og evaluere tjenestetilbudet.

- Bruke anbefalte og godkjente retningslinjer for metoder og rutiner i tjenesten for å identifisere, kartlegge og hjelpe mennesker med psykiske lidelser og ROP – lidelser. Oppfølgingen omfatter å bidra til behandling.
 - Aktuelle områder: Rus. Psykisk helse. Medikamentstatus. Verdig bolig / boevne. Sysselsetting / Arbeid. Aktivitet/ fritid. Familie/ nettverk. Fysisk helse/ ernæring. Tannhelse. Økonomi.
- Arbeide etter metoden MI.
- Arbeide ut fra metoden CCM overfor de som har langvarige og alvorlige psykiske lidelser, benevnt som KPA.
- Arbeide ut fra metodene IP og ansvarsgruppe overfor de brukere som trenger, og som ønsker, koordinering av tilbud og tjenester.
- Samarbeide med spesialisthelsetjenesten om IP, og i ansvarsgrupper.
- Arbeide for å dekke behovene for enkeltbrukere.
 - Evaluere sammen med brukeren / pårørende de individuelle tilbud og tjenester som blir iverksatt 2013 -2016.
- Støttekontakt og avlastningstilbud:
 - Støttekontaktordninger, pr 2013: fem for voksne over 18 år og to for barn under 12 år. Støttekontaktordningene er et antall timer hver uke.
 - Antallet avlastningsordninger pr 2013 er fem for barn og unge, barna er under 12 år. Avlastningsordningene er et antall timer hver uke og / eller helgeavlastninger.
- Opprettholde åpen vakttelefon på hverdager mellom kl 08-16.
- Opprettholde driften av ” Dagsenteret for psykisk helse og Fellesskapet”. Pr 2013 ca 15-20 brukere.
- Benytte de to etablerte brukerforumene til brukermedvirkning i planarbeid for ROP – lidelser.
- Legge til rette aktiviteter for brukere som ikke mestrer å delta på Dagsenteret og Fellesskapet.
- Følge opp resultatene fra Brukerundersøkelsen april 2013; med fokus på å forbedre informasjonen til brukerne. Omfatter samtale og gjenta informasjonen som står på tilsendte vedtak; og fornye de skriftlige informasjonsbrosjyrene.
- Følge opp og etterspørre tiltakene i Rusmiddelpolitisk handlingsplan 2012 – 2015 s. 5 og 6 med fokus på SLT.; Opprettelse av stilling som ruskonsulent og samhandlingsorgan for rus.

7.3.2 Dagsenteret og Fellesskapet

Dagsenteret er et åpent tilbud til mennesker som har hatt eller har psykiske problemer.

Fellesskapet er et åpent tilbud til mennesker som har hatt eller har rusproblemer.

Samhold i et trygt miljø som gir overskudd til å mestre dagliglivets oppgaver. Når trygghet er etablert, blir ressurser synlige og aktiviteter mulige.

7.3.3. Brukermedvirkning.

- Utvikle og dokumentere brukermedvirkning i tjenester og tilbud.

- Utvikle og dokumentere pårørende medvirkning, innen rammen av taushetsplikt, der det er relevant for tjenester og tilbud.
- Utarbeide individuelle skriftlige planer ut fra individuell bruker medvirkning.
- Samarbeide med og støtte brukerorganisasjonene lokalt og nasjonalt.
- Legge resultatene fra brukerundersøkelsen som grunnlag for videreføring og forbedringer.
- Evaluere i samarbeid med brukerne driften av Dagsenteret for psykisk helse og Fellesskapet.
- Kontoret for psykisk helse gjennomførte, våren 2013, brukerundersøkelse med svarprosent på 46 %. Totalsnittet på brukerundersøkelsen var 3.8, med mulig total score på 4.0. Områdene som ikke hadde høyeste score var informasjon blant annet om rettigheter.

7.3.4. Forebyggende tiltak innen psykisk helse og / eller rus.

- Integre mennesker med psykiske lidelser i eksisterende kultur - og fritidsaktiviteter.
- Samarbeide med Frivillighetssentralen, Bruktbutikken, Diakoniarbeidet og frivillige lag / foreninger.
- Utvikle og koordinere tilbud og tjenester innen rehabilitering; omfatter tilbud til mennesker med psykososiale utfordringer og / eller psykiske lidelser og rus.
- Lage en plan for aktiviteter på Dagsenteret og Fellesskapet.
- Revidere informasjon for tilbudet ved Kontoret for psykisk helse. Dagsenter/Fellesskapet.
- Benytte ” Verdensdagen for psykisk helse til å spre nevnte informasjon; og informasjon for øvrig om psykisk helse og rus.

7.3.5. Personell, kompetanse og kompetanseutvikling.

- Sikre at ansatte som arbeider innen psykisk helse har nødvendig kompetanse for selvstendig arbeid.
- Arbeide fram veiledningsmuligheter for alle ansatte i avdelingen psykisk helse.
- Arbeide ut fra mandatet i kriseteamet, særlig fokus på selvmordforebyggende arbeid.
- Opprettholde dagens bemanning på 4,2 årsverk til barn, unge og voksne.

7.3.6. Sysselsetting / arbeid /dagaktivitet.

- Bistå bruker ut fra behov.
- Kontakte / samarbeid med aktuelle instanser innen området.

7.3.7. Dokumentasjon, saksbehandlings - rutiner, internkontroll og statistikk.

- Utvikle og fortsette arbeidet med å gjennomføre skriftlige rutiner for dokumentasjon, saksbehandlingsrutiner, individuelle planer, internkontroll og statistikk.
- Legge forholdene til rette slik at ansatte får delta på kurs og få nødvendig opplæring.

7.3.8. Samarbeidsrutiner.

- Utvikle samarbeidet fortsatt innad i kommunen og med Spesialisthelsetjenesten.
- Opprette et samhandlingsorgan i kommunen for instanser som arbeider med rus.

- Fortsette samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten for å oppnå intensjonen i ” Samarbeidsavtalen.”

8. Handlingsplan for psykisk helse barn og unge

Risiko og beskyttelsesfaktorer: <http://www.fhi.no/artikler/?id=104091>.

- Oppvekstplan barn og unge i Marker kommune 2011 - 2015; Tidlig innsats med mål for forebyggende tiltak.
- Rusmiddelpolitisk handlingsplan Marker kommune 2012 – 2013 Tiltakene for å forebygge rusavhengighet blant barn, unge og voksne.

Aldersfordeling barn og unge Marker kommune pr 1.juli 2013			
I alt	0-5	6-15	16-22
926	217	408	301

8.1. Barn og unge som pårørende

Det har de siste årene blitt fokus på barn som pårørende til syke foreldre.

Det er utarbeidet retningslinjer for å ivareta denne gruppen.

- Sykehuset Østfold og kommunene har v/Administrativt samarbeidsutvalg opprettet et ”Klinisk utvalg: Samarbeid om barn som pårørende”, retningslinjer utarbeidet i 2011.
- Kommunen har utarbeidet egne rutiner for ”barn som pårørende”, sist revidert april 2013.

8.2. Psykisk helsetjeneste barn/unge, unge voksne, foresatte og familier.

Kontoret for Psykisk helse har en ansatt i 75 % stilling prioritert til denne tjenesten; alle ansatte ivaretar primærkontaktoppgaver.

Den ansatte i 75 % stilling har i tillegg jordmorstillingen på 20 % i Marker kommune. I 75 % stillingen er det ukentlig fast kontortid på skolen ca 40 % og på helsestasjonen ca 20 %; øvrig stilling fordeles til barnehager, barnevern og kontoret for psykisk helse.

På skolen bør elevene også på en lett tilgjengelig måte, i forebyggende perspektiv, få mulighet til å samtale rundt sex - og samlivsspørsmål.

Barn og unge har samme rett til støttesamtaler, IP, koordinering av tjenester osv som voksne.

8.3. Barneverntjenesten.

- Barneverntjenesten skal bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår.
- Barnevernet har rett og plikt til å undersøke omsorgssituasjonen for barn der det er bekymring for omsorgssvikt, mishandling, rus og andre forhold som virker negativt for barn. Barnevernet har plikt til å sette inn tiltak for å avhjelpe situasjonen.
- Barnevernet har også plikt til å undersøke og sette inn tiltak hvis barnet / ungdommen har en atferd som er ødeleggende for seg selv.
- Barnevernet arbeider forebyggende, og har ansvar for å fremme tiltak som kan forebygge omsorgssvikt og adferdsproblemer.
- Kontoret for psykisk helse har et daglig samarbeid med barnevernet.

8.4. Helsestasjonsvirksomheten og skolehelsetjenesten ifm psykisk helse.

- Helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten er viktig i forebyggende - og helsefremmende arbeid for barn og unge.
- Helsestasjon er lovpålagt og har definerte oppgaver. Helsesøster møter alle barn/unge, også de med psykiske lidelser/rusproblemer og barn/ unge som har foreldre med psykiske lidelser og/ eller rus. Helsestasjonen og ergo - fysioterapitjenesten har et nødvendig samarbeid med Kontoret for psykisk helse ut fra barnas og de voksnes behov.
- Helsesøstertjenesten har en fast tid hver uke på skolen både på barne- og ungdomstrinnet. Det er viktig at helsesøster er lett tilgjengelig for å hjelpe til tidlig hvis det oppstår problemer.
- Kommunen bidrar økonomisk for å opprettholde helsesøstertjenesten på Mysen Videregående Skole, hvor mange av kommunens elever fortsetter etter fullført ungdomsskole.

8.5. Tverrfaglig samarbeid

Mange ansatte i ulike fagfelt i Marker er regelmessig i kontakt med barn og unge med psykiske lidelser og plager, eller barn av foreldre med psykiske lidelser / og eller rus. Det har vært behov for mer kompetanse om psykisk helse og rus for å identifisere barn og unge sine behov.

Det er barn og unge som på grunn av foreldrenes utfordringer kan være særlig utsatte. Overfor disse er det til enhver tid nødvendig å ha målrettede tiltak. Det er tydelig behov for å ta opp samspillproblemer både hos småbarn, skolebarn, ungdom og deres foreldre.

Kontakt og samtaler kan bidra til at barn og ungdom får økt selvtillit slik at de lettere kan gjøre riktige valg

Tverrfaglig samarbeid bestående av rektor, representanter fra skolen, virksomhetsleder familie og helse, helsestasjonen, representanter fra barnevern og psykisk helse ved barn og unge, PPT og BUP. Det vil i dette samarbeidet være behov for å avklare ansvarsområder og hvem som er mest nærliggende til å ha ansvar for oppfølging videre.

8.5.1. Videreføring av forebyggende arbeid barn og unge.

- Arbeide etter godkjent mandat for SLT (Samordning av lokale kriminalforebyggende tiltak - se rusplan kap 3.13).
- Bidra til at Handlingsplanen for barn- og unge i Marker kommune blir rullert årlig.
- Bidra til oppfølging av Oppvekstplan for barn og unge i Marker kommune.
- Bidra til oppfølging av Folkehelseplanen.
- Bidra til oppfølging av Rehabiliteringsplanen.
- Bidra til oppfølging av Plan for helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten.

8.5.2. Forebyggende tiltak barn og unge.

- Kartlegge i første samtale omsorgsansvar for barn og unge.

- Iverksette nødvendige tiltak overfor barn / unge av psykisk syke foreldre og/ eller foreldre med rus.
- Gjennomføre fødselsforberedende kurs som jordmor og fysioterapeut har ansvaret for.
- Helsestasjonen har ansvaret for gjennomføring av mandagssamlingene for spedbarn / småbarn og foreldre.
- Marker kommune er en ”MOT” kommune.
- Støtte oppfølging UNGDATA.
- I tverrfaglig samarbeid med skolen ha fokus på det forebyggende arbeid rundt temaene sex og samliv.
- Samarbeid med videregående skoler.
- Samarbeid med spesialisthelsetjenesten.
- ”Felles barn” Samarbeid mellom barnehagene / skolen, og BUPP, PPT, barneverntjenesten, NAV, helsestasjonen og kontoret for psykisk helse.
- Styrke kompetansen om psykiske lidelser / plager og psykososiale utfordringer og eller / rus hos barn/ unge og foreldre ved å videreføre erfaringene fra STYRK / rus prosjektet.
- ”Felles samarbeid” – innen virksomhet familie og helse; samarbeid og samhandling mellom kommunens tjenester barnevern, helsestasjon og psykisk helse:
 - Opprette grupper for barn med særlige behov
 - Felles inntak og oppfølging
 - Arbeide fram rutiner for tidlig intervensjon overfor barn og unge; rutinene gjelder barnehagene, helsestasjonen, barneverntjenesten og kontoret for psykisk helse

Referanser:

<http://www.fhi.no>.